

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendidos en el Centro de Salud Cesamica Castilla Piura. Diciembre 2017– Abril 2018**

**Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería**

**Autora:**

**Requena Quezada Lorena Del Carmen**

**Asesora:**

**Dra. Vicuña Vélchez Vilma**

**Sullana – Perú**  
**2018**

**Palabras clave:**

Español

Tema:	Apoyo familiar Calidad de vida Adulto mayor Hipertenso
Especialidad	Enfermería

English

Topic	Family support Quality of life Elderly Hypertensive
Specialty	Nursing

## **Línea de investigación**

Salud Pública

**Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendidos en el Centro de Salud Cesamica Castilla Piura. Diciembre 2017– Abril 2018**

### ***DERECHO DE AUTOR***

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

*Bach. Enf. Requena Quezada Lorena Del Carmen*

## PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendidos en el Centro De Salud Cesamica Castilla Piura. Enero – Abril 2018.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, se considera en la primera parte la introducción: donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, base científica, justificación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, definición y operacionalización de las variables; en la segunda parte corresponde a metodología: donde se describe el tipo y diseño de investigación, área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento; en tercera parte corresponde a resultados: donde se muestra los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas en este estudio; la cuarta parte corresponde a análisis y discusión: donde los resultados son analizados utilizando los antecedentes y base científica; en la quinta parte se considera conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

## INDICE

PALABRA CLAVE	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	ix
RESUMEN	
ABSTRAC	
1. INTRODUCCION	1-18
2. METODOLOGIA	19-22
3. RESULTADOS	23-37
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	38- 42
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43-44
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	47-49
ANEXOS Y APENDICE	50-55

## INDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01:	Edad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	23
TABLA N° 02:	Sexo del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	24
TABLA N° 03	Grado de instrucción del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.	25
TABLA N° 04	Ocupación del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	26
ABLA N° 05	Tiempo de enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	27
TABLA N° 06	Control de la enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	28
TABLA N° 07	Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	29
TABLA N° 08	Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	30
TABLA N° 09	Grado de apoyo familiar según ítems en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	32
TABLA N° 10	Grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	35



TABLA N° 11	Relación calidad de vida y grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	36
-------------	--	----

## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.	
GRAFICO N° 01	Edad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	23
GRAFICO N° 02	Sexo del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	24
GRAFICO N° 03	Grado de instrucción del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.	25
GRAFICO N° 04	Ocupación del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	26
GRAFICO N° 05	Tiempo de enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	27
GRAFICO N° 06	Control de la enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	28
GRAFICO N° 07	Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	29
GRAFICO N° 08	Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	31
GRAFICO N° 09	Grado de apoyo familiar según ítems en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	32
GRAFICO N° 10	Grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018	35

GRAFICO N° 11 Relación calidad de vida y grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018

37

## RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el Objetivo: Determinar la relación entre el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de Diciembre 2017 – Abril 2018. Material y Métodos: El estudio es de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, correlativo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 46 participantes. La técnica utilizada fue la encuesta. Se utilizó dos instrumentos, utilizados y validados por la autora Stephanie Silvinna, Rodríguez Alayo, el año 2012. Resultados: Tenemos una población adulto mayor, entre 60 a 75 años, prima el sexo femenino, con secundaria completa, amas de casa y trabajos independientes, tiempo de enfermedad entre 4 a 5 años, controlada. La Calidad de vida, el 71,7% es regular y el 28,3% buena. El grado de apoyo familiar el 60,9% es alto, el 37% medio y el 2,2% bajo. , encontrándose que no existe una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida en el adulto mayor hipertenso, demostrándose que la  $X^2 = 0,956^a$  y  $P= 0,620$ . Conclusiones: La calidad de vida en regular y el apoyo familiar es de alto a medio. Se evidencian que no existe una relación estadística no significativa entre ambas variables de estudio donde  $p > 0.05$ .

---

**Palabras clave:** Apoyo familiar - Calidad de vida - Adulto mayor hipertenso.

## **ABSTRACT**

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine the relationship between the degree of family support and quality of life level of the hypertensive elderly attended in the CESAMICA Castilla Piura Health Center from December 2017 - April 2018. Material and Methods: The study is of a quantitative approach and of a descriptive, correlative, cross-sectional type. The sample consisted of 46 participants. The technique used was the survey. We used two instruments, used and validated by the author Stephanie Silvinna, Rodríguez Alayo, in 2012. Results: We have an older adult population, between 60 to 75 years old, female sex, with high school, housewives and independent work, sick time between 4 to 5 years, controlled. Quality of life, 71.7% is regular and 28.3% is good. The degree of family support 60.9% is high, 37% medium and 2.2% low. , finding that there is no significant statistical relationship between the degree of family support and the level of quality of life in the hypertensive older adult, showing that  $X^2 = 0.956a$  and  $P = 0.620$ . Conclusions: The quality of life in regular and family support is high to medium. It is evident that there is no non-significant statistical relationship between the two study variables where  $p > 0.05$ .

---

**Keywords:** Knowledge – Practices - Acute respiratory infections



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

### 1.1.1 Antecedentes

**Ellen E., Padilla G., (2015)**, en la tesis “*Autocuidado Del Adulto Mayor Y Su Relación Con El Apoyo Familiar. Centro De Salud Salaverry*”. El presente estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó: El TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar, encontrándose los siguientes resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en  $P < 0.05$ .

**Millán I (Cuba, 2010)** en su trabajo titulado: “*Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*” con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.

**Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna (2014)**, “*Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar. El presente estudio, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar*

*el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche*”, debidamente registrados. Se consideró el universo muestral conformado por 65 adultos mayores, correspondiendo según género, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Para la recolección de datos e identificar el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida se utilizaron dos instrumentos: cuestionario sobre el grado de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos formulado por la autora del presente estudio, el análisis de la relación entre las variables de estudio, se realizó mediante la prueba estadística de fiabilidad Alpha de Cronbach y de correlación de Pearson. Los resultados señalan que, el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Así mismo, los hallazgos evidencian que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró correlación significativa entre ambas variables de estudio  $p < 0.01$ .

**Montoya, J Y Urbina, A.(2011)**, en Perú. efectuaron su estudio de investigación acerca de” *Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor*”, el cual se realizó en el Centro del Adulto Mayor Essalud-Trujillo, en 78 usuarios, donde se concluyó que el 69,23% de adultos mayores presentaban un alto grado de apoyo familiar; el 66,67% de adultos mayores con HTA obtuvieron un adecuado nivel de información y por último, no se encontró relación estadística significativa entre apoyo familiar y el nivel de información sobre HTA y complicaciones en el adulto mayor.

**González, A. Y Vázquez, Y.(2004)** en Cuba, realizaron un estudio descriptivo “*Caracterizar la participación familiar y la relación profesionales de la salud y Apoyo Familiar*”, en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos, reportando que la deficiente interrelación profesionales de salud, familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo familiar deficiente al



hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial. Además, determinaron que existen necesidades educativas importantes en la familia para ofrecer un apoyo eficaz a estos pacientes.

**Marín, F y Rodríguez, M. (2007)**, en México, en su investigación sobre “*Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS)*”, en 80 personas que tuvieron diagnóstico establecido de HAS, 40 pacientes en cada grupo, considerando como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento, donde se determinó que el 77,5% de pacientes con apego tenían control de la presión arterial y 27,5% sin apego, también. El apoyo familiar que recibían los pacientes fue significativamente mayor en los casos,  $74.1 \pm 7.1$  puntos versus  $52.0 \pm 8.5$  puntos en los controles,  $p < 0.0002$ , 29 (72.5%) pacientes con apego y 12 (30%) sin apego tuvieron apoyo familiar, (RM 6.1; IC 95% 2.2-18.4,  $p = 0.0003$ ). Diez pacientes (83.3%) en el grupo control y los 29 (100%) en el grupo de casos que recibían apoyo de la familia, percibían el apoyo que su(s) familiar(es) otorgaban.

**Bustamante, Y Y Espinoza, R.** en Perú, en el 2007, en su investigación sobre influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo - Cajamarca, en 74 adultos mayores, concluyeron que en el asilo de Cajamarca el 88,2% de los adultos mayores tenían una calidad de vida adecuada y el 67,7% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales; en el asilo de Trujillo el 67,5% de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida adecuada y un 42,5% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales, también evidenciaron que la calidad de vida influye significativamente en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales de los adultos mayores de los Asilos en mención

## **1.1.2 Fundamentación científica**

Base teórica.

### **1.1.2.1. ADULTO MAYOR**

**Definición:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define adulto mayor a la edad comprendido desde 60 años en adelante, caracterizándose por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo, denominándolo proceso de envejecimiento, en el cual se suscitan diversos cambios propios a la edad que se traducen inclusive en patologías crónicas sino se ha llevado la práctica de estilos saludables (Du Gas, B. 2000).

El envejecimiento es un proceso irreversible que afecta de forma heterogénea a las células que conforman los seres vivos, las cuales con el paso del tiempo se ven sometidas a un deterioro morfo funcional que puede conducir las a la muerte. Según Kirkwood, los seres vivos han sido diseñados para reproducirse y posteriormente extinguirse, puesto que la evolución ha optado por favorecer la reproducción frente a la inmortalidad; de esta forma, una vez traspasado el umbral que deja atrás el período fértil de la vida, los seres vivos, y como tal el ser humano, inician un declive progresivo de todas sus funciones y capacidades con el consiguiente deterioro físico e intelectual (Palomba, R.2002).

### **Teoría del envejecimiento:**

En el último siglo se han presentado numerosas teorías del envejecimiento, entre las cuales tenemos:

**Teoría molecular**, que supone que la duración de la vida de algunas especies está gobernada por los genes que interactúan con los factores ambientales.

**Teoría celular**, que comprende la acumulación de lipofucsina y radicales libres que se plantean como algunas sustancias tóxicas de tipo endógeno (como ciertos alimentos o el tabaco).

**Teoría sistémica**, donde el envejecimiento es producto del deterioro de las funciones de los sistemas claves como el nervioso, endocrino (eje hipotálamo-hipófisis) o el inmunológico (Blanco, S. 2000).

En el periodo del adulto mayor se suscitan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil. Algunos de los cambios físicos son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la

osteoporosis en las mujeres, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad, los mecanismos inmunológicos que permiten defenderse de las infecciones y también del cáncer pierden eficiencia.

### **1.1.2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

#### **Definición**

Es una enfermedad crónica, que puede conducir a cambios neurológicos y vasculares que originan enfermedades del corazón, de los riñones y de la vista, como insuficiencia cardíaca, infarto miocárdico, insuficiencia renal, apoplejía y visión deficiente. La presión arterial alta, conocida como hipertensión puede resultar de un cambio en el gasto cardíaco donde la presión arterial sistólica es superior a 140 mm Hg y una diastólica superior a 90 mm Hg por un periodo prolongado (Brunner, L.2002).

#### **Formas de hipertensión arterial:**

##### **Hipertensión primaria,**

Es la que se presenta en la mayoría de los pacientes (95%). No tiene causa identificable, pero está relacionada a factores hereditarios y sobre todo a estilos de vida inadecuados, como la mala alimentación y el sedentarismo.

##### **Hipertensión secundaria**

Es debida a una causa identificable, a veces tratable, como las enfermedades renales y endocrinas. Se afirma que la hipertensión arterial contribuye a la velocidad con que se acumulan placas de ateromas en las paredes arteriales que progresivamente contribuye a la muerte por enfermedad cardíaca, renal y vascular periférica (Blanco, S. 2002).

Por otro lado, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo, es la que participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbimortalidad por eventos cardíacos, cerebro vasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular

periférica, como riesgo continuo sin evidencia de umbral, hasta por debajo de 115/75 mm Hg, por lo que la expectativa de vida de estos pacientes se encuentra reducida, no obstante, las estadísticas no reflejan de manera precisa las cifras reales. En las personas de edad avanzada, la hipertensión es el factor de riesgo principal para la enfermedad cardiovascular, los índices de predominio probado en la población de edad avanzada, indican que el 20% padecen hipertensión sistémica aislada (Agusti, R 2006).

### **Síntomas.**

No presenta síntomas en el 80% de los casos, por lo que es llamada la "enfermedad silenciosa". Sin embargo, puede manifestarse con:

- Dolores de cabeza
- Zumbido de oídos
- Mareos
- Visión borrosa o con luces centellantes
- Sangrado por la nariz.

### **Complicaciones en las crisis hipertensivas.**

#### **a. Accidentes Cerebrovasculares:**

La hipertensión arterial acompaña muchas veces con cifras elevadas. Este ascenso tensional reactivo ejerce un efecto protector inmediato como un intento de mantener una adecuada presión de perfusión cerebral a la zona de "penumbra isquémica" cerebral.

#### **b. Encefalopatía Hipertensiva:**

La encefalopatía hipertensiva es el síndrome de disfunción del Sistema Nervioso Central asociada a una crisis hipertensiva. Los pacientes usualmente presentan cefalea, náuseas, vómitos, confusión y alteraciones visuales.

#### **c. Isquemia Miocárdica:**

El fundamento del tratamiento antihipertensivo es reducir la resistencia vascular sistémica y mejorar la perfusión coronaria. La disminución de la presión de perfusión coronaria transformará una zona isquémica potencialmente reversible en una zona infartada.

#### **d. Insuficiencia Renal:**

La insuficiencia renal puede ser la causa o la consecuencia de la hipertensión arterial severa. El tratamiento de la crisis hipertensiva debe tener en consideración la hemodinámica y considerar, que en las primeras horas posteriores al descenso de la presión arterial la función renal puede empeorar temporariamente.

### **Tratamiento de la hipertensión arterial**

En los pacientes hipertensos, el propósito primario del tratamiento es lograr la mayor reducción en el riesgo cardiovascular a largo plazo, manteniendo una buena calidad de vida. Esto requiere tratamiento de los valores elevados de presión arterial, como también de todos los factores de riesgo asociados reversibles para disminuir el riesgo cardiovascular asociado. Así, cualquier reducción en la presión arterial, aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total. Sin embargo, la presión arterial se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos. La PA meta debe ser al menos <130/80 mmHg en pacientes con diabetes y en pacientes con riesgo alto o muy alto, tales como lo que tienen condiciones clínicas asociadas (ACV, infarto de miocardio, disfunción renal, proteinuria). (Aranda 2011).

Los tipos de tratamiento de la hipertensión son:

#### **Tratamiento farmacológico:**

Para el manejo de la HTA están incluidos los siguientes fármacos: Inhibidores de enzima Convertidora de Angiotensina (IECA, como el Enalapril), bloqueadores de los receptores de Angiotensina (BRA), betas bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas (como la hidroclorotiazida).

**Cambios de estilos de vida:** El estilo de vida saludable en el adulto mayor, se define como las prácticas, actitudes y conocimientos que éste posee, las cuales conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, adquiriéndose básicamente de la interacción entre las acciones aprendidas durante el proceso de socialización desde etapas tempranas y las condiciones de vida del adulto mayor determinando así, el riesgo en el manejo de cualquier

enfermedad crónica degenerativa que lo pueda afectar, sin dejar de lado que la familia a la que pertenece también tiene un rol prioritario(Maya 2006).

Las medidas de estilo de vida que son ampliamente conocidas que bajan la PA y/o el riesgo cardiovascular y que se debe considerar son: -

- Dejar de fumar
- Bajar de peso (estabilizar el peso)
- Disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Ejercicio físico
- Disminución del consumo de sal
- Aumentar el consumo de K+
- Aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir el consumo de grasas saturadas y totales.

Evidentemente, esta responsabilidad está directamente relacionada con patrones diversos que manifieste el adulto mayor hipertenso en su estilo de vida. Donde éste influye considerablemente en su calidad de vida, reconociéndose así que la forma como el ser humano vive desde etapas previas a su adultez mayor son decisorias para obtener la calidad de vida óptima para su desarrollo integral.

Esta situación exige un apoyo importante del sistema familiar, del adulto mayor, pues requiere que lo ayude, en la vigilancia de la enfermedad, así como en la toma de decisiones, y sobre todo en la ejecución de acciones adecuadas. Como padecimiento crónico, la hipertensión arterial es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el que la padece. Por lo que, el apoyo familiares clave para las medidas de control de la hipertensión, se señala que al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, promoviendo positivas relaciones interpersonales familiares va a favorecer el cumplimiento del tratamiento. De allí, la importancia del apoyo de la familia que repercute en la salud y bienestar de los seres humanos (Fernandez 2003).

### **1.1.2.3 LA FAMILIA.**

#### **Definición**

Es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que la persona se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones, normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que estas acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del ser humano, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países (Mangini 2008).

Según Hortwitz (1998), describe la salud como “un producto social, que es la responsabilidad de todos”. Los modos como se afronten las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre la vida del ser humano, son determinantes para el desarrollo de su salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Al hablar de salud se debe considerar la concepción de la misma como un proceso donde es necesaria la participación activa de la persona, la familia y la comunidad, y por tanto, es una construcción colectiva donde existen derechos y deberes, que requieren del aprendizaje y coparticipación de las personas implicadas en el proceso.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante en cuyo descontrol inciden diversos factores, como la falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante, esta realidad existente en un contexto de rutina en la atención de la salud, con actuaciones pasivas de los usuarios y sus familias agravan la situación de salud afectando la calidad de vida personal y colectiva.

A pesar, de que las enfermedades físicas, se pueden presentar bajo varias formas, es en el ámbito familiar donde, cada vez más serán resueltas; por eso los profesionales de la salud necesitan instrumentalizarse para adquirir una visión crítica y así ofrecer una asistencia de calidad. Por ello, el apoyo familiar, es vital en los resultados de la rehabilitación del paciente, algunos con deficiencias físicas severas, crean crisis dentro de la familia y no sólo en ellos, es aquí donde los

profesionales de enfermería asumen su rol compartido, requiriéndose largos periodos de supervisión, observación y cuidado.

Por causa de las necesidades a largo plazo, la persona con deficiencias, frecuentemente, depende de sus familiares para el cuidado físico. El grado de recuperación puede depender de la habilidad que tenga la familia para ofrecer apoyo a la persona con deficiencias que, frecuentemente, se transforma en una sobrecarga significativa para la familia, por lo que el apoyo familiar se constituye en una de las unidades fundamentales de la calidad de vida del adulto mayor (Herrera 2007).

#### **1.1.2.4 APOYO FAMILIAR**

##### **Definición**

Se define como la característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes que la componen, en el rol de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece. (Ostolaza 2008).

Particularmente, cabe mencionar que, si bien las personas hablan de que el apoyo familiar influye de manera positiva, también refieren una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable. Los seres humanos demandan a la familia otro tipo de atención más relacionada con aspectos afectivos, ellos esperan recibir comprensión y requieren atención sobre las necesidades que se presentan durante la evolución de la enfermedad.

##### **Tipos de apoyo familiar:**

- **Apoyo emocional**, aquel que se proporciona al adulto mayor, enfatizando confianza, atención, amor, compañía, seguridad y preocupación por él, estableciendo con los demás una relación de concesiones mutuas basadas en un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad.



- **El apoyo valorativo**, refuerza en el adulto mayor su autoestima, aptitudes positivas hacia sí mismo y auto respeto; caracterizado por la percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas.
- **El apoyo informativo**, que le ofrece información y consejos cognitivos que benefician la salud, además de noticias de interés caracterizado por el empleo de la comunicación.
- **El apoyo instrumental**, donde se brinda al adulto mayor bienes y servicios en tareas de la vida cotidiana; y por último.
- **El apoyo económico**, caracterizado por el apoyo material.

Todo lo relacionado, con apoyo familiar, tiene interacción directa con el funcionamiento familiar, entendido como dinámica relacional interactiva y sistémica que se suscita entre los miembros de la familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, la que, para fines del presente estudio será tomado como la percepción que el adulto mayor posee. En este caso, el apoyo familiar y las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad, son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud (German 2003).

Se afirma, que el apoyo familiar continúa siendo la fuente fundamental de ayuda para los adultos mayores; en cambio las condiciones como la migración, actividad laboral de los hijos (especialmente de las hijas y el necesario cuidado de los nietos), el vivir solos y la situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias, necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar y vecinal, muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno. Esta condición coincide con estudios que se han realizado en América Latina, donde se muestra que a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo familiar para poder solventar principalmente, sus problemas de acceso a comida y medicamento.

En la actualidad el reto para la sociedad es cambiar la forma como se vive la vejez, donde el objetivo no es alcanzar más años de vida, sino lograr que los años que se vivan sean con calidad de vida y dignidad, independientemente de ser hombre o mujer y de tener cierta posición social, lo cual lleva de nuevo a la reflexión del envejecimiento como una responsabilidad social, no como una situación individual que cada persona debe resolver según sus recursos sociales, culturales, emocionales o económicos.

En este sentido, y en un intento por evaluar algunos aspectos de la familia, se han efectuado diversos procedimientos, como el conocido, validado y utilizado APGAR Familiar, que es un instrumento de rápida y sencilla aplicación, el mismo que se sustenta en un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, operando como una escala, en la cual el entrevistado, que en este caso será el adulto mayor con hipertensión, coloca su opinión del funcionamiento de la familia en algunos temas clave, considerados marcadores de las principales funciones de la familia.(Garcia 2007).

### **El Apgar Familiar.**

#### **Definición.**

Es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar.

Este test, se basa en la premisa, que los miembros de la familia perciben su funcionamiento y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Con este instrumento, se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de que el equipo de salud les brinde seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.(Herrera 2007).

#### **Componentes de la función familiar:**

- **Adaptación**, es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis;
- **Participación**, se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia; define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia;
- **Crecimiento**, es el logro en la maduración emocional y física; en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte y fuerza mutua.
- **Afecto**, relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia (García 2007).

El APGAR es un instrumento que se diligencia por sí mismo, es fácilmente entendido por personas con educación limitada, y se puede completar en muy poco tiempo. Se formuló para ser usado, en distintos estratos socioeconómicos y diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos, que indiquen la integridad de componentes importantes, de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa, en como los miembros de una familia perciben su función familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción, en el cumplimiento de sus necesidades familiares, reflejándose esto en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso

Considerando que la familia proporciona soporte básico para el adulto mayor, que repercute en su calidad de vida (salud física, salud psicológica, capacidad funcional, y salud social). Todos éstos y más son componentes de la calidad de vida, ésta es un término cuya comprensión parece evidente, espontánea y global. Sin embargo, es sumamente difícil expresar la carga de significado y sentido del concepto, sobre todo cuando la interpretación del mismo varía de persona a persona. La calidad de vida es, como muchos otros, un concepto de límites borrosos que requiere un consenso en su significado (Gómez 2007).

#### **1.1.2.5 CALIDAD DE VIDA.**

Es un concepto valorativo y como tal presenta dos grandes dimensiones, objetiva y subjetiva.

### **La primera dimensión Objetiva:**

Se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte socio demográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la satisfacción de las necesidades humanas básicas, como la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etc.), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los recursos de tipo económico (ingresos per-cápita, el producto nacional bruto) o de tipo social (como el índice de delincuencia, etc.)

### **La segunda dimensión Subjetiva:**

Está comprendida por la percepción y la valoración que hace el sujeto de su calidad de vida, lo cual se ve reflejado en sentimientos, actitudes y opiniones valorativas personales, ya sean positivas o negativas, ésta dimensión depende en gran medida del balance personal, donde la mayoría de los adultos mayores consideran al apoyo familiar como uno de los principales componentes que influye en su satisfacción, dependiendo de ésta su nivel de calidad de vida.

El concepto de calidad de vida está íntimamente ligado a la plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad de la persona. Si a esto, se le añade una de las mayores aspiraciones del ser humano: vivir más tiempo y con mayor bienestar, la calidad de vida representa entonces un tema relevante en la bioética actual, en tal sentido, se puede especificar que ésta toma una prioridad aún más elevada para el adulto mayor, que en otras etapas de la vida del ser humano

Para interpretar de manera descriptiva la definición integral de calidad de vida, se considera el desarrollo del **Modelo Conceptual de Satisfacción con Calidad de Vida**, el cual señala al contexto cultural que influye sobre los individuos de cada sociedad, reconociendo que tienen un sistema de costumbres y creencias morales que condicionan a las personas, quienes viven bajo un pluralismo moral entre una

ética cívica de mínimos y una ética. El modelo mencionado culmina en la **satisfacción con calidad de vida**, como una medida integral de cómo cada persona percibe su calidad de vida objetiva y subjetiva. (Chion T. 2007).

## 1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El 9,1% de población total corresponde al adulto mayor, aquí se determina que después de los 50 años de edad, casi el 50% de la población padece de hipertensión arterial.

Piura no es ajeno a esta situación de salud, de la población adulta mayor, siendo esta patología una causa importante de atención y a quienes se les proporciona el cuidado de enfermería para controlarla a través de la adopción de oportunas medidas de auto cuidado sostenibles, que repercutan en su calidad de vida.

El adulto mayor, presentando además creencias, actitudes y prácticas que se ven influenciadas por sus patrones culturales, los mismos que inciden de manera negativa en su salud, pues no practican estilos de vida saludable; ya que no tienen los conocimientos necesarios de prevención de la hipertensión arterial, que es una medida importante, universal y menos costosa y, tampoco acuden oportunamente al establecimiento de salud para sus controles, lo que impone, un desafío importante para todas las instituciones de salud, gobierno local y regional, por constituir un factor de riesgo para otras enfermedades.

En tal razón, es importante que se tenga en cuenta que, toda persona pertenece, vive y se desarrolla dentro del sistema social primario denominado familia, que se encuentra organizado, como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, y que, como grupo social debe cumplir funciones básicas como son, el cuidado, afecto, socialización, educativas, económicos, entre otros.

Situación que motiva el interés no sólo investigar en el adulto mayor con hipertensión arterial, sino también la interrelación con su familia, para promover

el rol de apoyo que todo sistema familiar debe proporcionar al paciente, logrando con ello, una adecuada vigilancia del integrante que presenta la enfermedad, siendo capaces de tomar decisiones asertivas y ejecutar acciones correctas. En tal sentido, se reconoce que el apoyo familiar es clave, para el control de la hipertensión, pues al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés y mejore el cumplimiento del tratamiento y las medidas de auto cuidado será la base sustantiva de esta protección, así como las relaciones interpersonales familiares y adicionalmente la educación concordante según las necesidades, intereses y expectativas que el adulto mayor y su familia presenten, logrando así contribuir a una mejor calidad de vida y un mejor control del paciente enfermo.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendidos en el centro de salud CESAMICA Castilla Piura? Enero – Abril 2018?

### **1.4 CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **1.4.1 Conceptualización**

**ADULTO MAYOR:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define adulto mayor a la edad comprendido desde 60 años en adelante, caracterizándose por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo, denominándolo proceso de envejecimiento. (Du Gas, B. 2000).

**APOYO FAMILIAR:** Se define como la característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes que la componen, en el rol de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece. (Ostolaza 2008).

**CALIDAD DE VIDA:** Está íntimamente ligado a la plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad de la persona. Si a esto, se le añade una de las mayores aspiraciones del ser humano: vivir más tiempo y con mayor bienestar. Es un

concepto valorativo y como tal presenta dos grandes dimensiones, objetiva y subjetiva.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Es una enfermedad crónica, que puede conducir a cambios neurológicos y vasculares que originan enfermedades del corazón, de los riñones y de la vista, como insuficiencia cardíaca, infarto miocárdico, insuficiencia renal, apoplejía y visión deficiente.

## Variables

### Variable Dependiente

Nivel De Calidad De Vida

### Variable Independiente

Grado de Apoyo familiar

#### 1.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE APOYO FAMILIAR

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicador
Grado de Apoyo familiar	El apoyo familiar es la percepción que tiene cada uno de los adultos mayores, integrantes de la familia, de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en su persona para la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes	<p><b>Adaptación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>utilización de los recursos intra y extra familiares</li> </ul> <p><b>Participación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compartir la toma de decisiones y responsabilidades</li> </ul> <p><b>Crecimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>maduración emocional y física</li> </ul> <p><b>Afecto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>relación de amor y atención</li> </ul>	Bajo Medio Alto

Nivel de calidad de vida	Es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales del adulto mayor hipertenso	<p><b>Subjetiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicológico</li> <li>• Económico</li> </ul> <p><b>Objetiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de calidad de vida</li> <li>• Valoración de calidad de vida.</li> </ul>	Deficiente Regular. Buena.
--------------------------	---	--	----------------------------------

## 1.5 HIPÒTESIS

Si el Grado de Apoyo Familiar es alto, entonces el Nivel de Calidad de Vida del adulto mayor hipertenso será buena.

## 1.7 OBJETIVOS

### Objetivo General

Determinar la relación entre el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.

### Objetivos Específicos

Identificar el grado de apoyo familiar que recibe el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA-Castilla-Piura.

Determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA-Castilla-Piura.

Relacionar el grado de apoyo familiar con la calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de salud de CESAMIA Castilla- Piura



## 2. METODOLOGIA

### 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio es de enfoque cuantitativo y de tipo correlacional, de corte transversal, es descriptivo. Es cuantitativo por que se evaluó por medio de cantidades los resultados. Es descriptivo porque estuvo dirigido a obtener información y características de los pacientes con hipertensión arterial. Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

### 2.2. ÁREA DE ESTUDIO:

Centro de Salud CESAMICA Piura.

### 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

#### **Población:**

La población de estudio, estuvo conformada por 52 pacientes que acudieron al consultorio externo de medicina del Centro de Salud CESAMICA Piura.

**Muestra:** se utilizó la siguiente formula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

**N:** es el tamaño de la población.

**$\alpha$ :** es el valor del error 5% = **0.05**

$$Z= 1.96$$

**p** = probabilidad de éxito= **0.5**.

**q**= probabilidad de fracaso= **0.5**

**n**: es el tamaño de la muestra.

**Reemplazando:**

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 52}{51 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{49,92}{1.087}$$

$$n = 45.92$$

$n$  =La muestra estará compuesta por 46 pacientes hipertensos adultos mayores.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes Adultos Mayores diagnosticados con Hipertensión arterial.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes Adultos Mayores con alguna enfermedad médica severa que no pueda responder el cuestionario.
- Pacientes Adultos mayores con severas complicaciones en su salud.

## **2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica utilizada fue la encuesta. Se utilizó dos instrumentos, utilizados y validados por la autora Stephanie Silvinna, Rodríguez Alayo, el año 2012. El primero estuvo formulado para determinar el Grado de Apoyo Familiar, diseñado y formulado por Dr. Gabriel Smilkstein, el mismo que consta de 2 partes, la primera considera los datos de identificación representado en 8 ítems relacionados con la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento, número de integrantes familiares y tiempo que padece la hipertensión arterial. La segunda parte estuvo compuesta por 5 ítems que midió el Grado de Apoyo Familiar

(Anexo N° 4).El segundo Cuestionario, se formuló, con el propósito de determinar el Nivel de Calidad de Vida del adulto mayor hipertenso, el mismo que consta de un total de 20 ítems (Anexo N° 2).

### **Escala de Valoración**

En relación, al Cuestionario sobre Grado de Apoyo Familiar en su segunda parte consta de 5 ítems referentes al grado de apoyo de la familia al adulto mayor hipertenso, con un valor de:

APOYO FAMILIAR BAJO: 00 - 03 puntos

APOYO FAMILIAR MEDIO: 04 -07puntos

APOYO FAMILIAR ALTO: 08- 10 puntos.

Con las siguientes opciones: SIEMPRE, A VECES y NUNCA; donde cada ítem toma el valor de 2, 1 y 0 puntos, respectivamente, obteniéndose un puntaje total de 10 puntos.

Para medir el Nivel de Calidad de Vida el cuestionario consta de 20 ítems, considerando los valores siguientes:

DEFICIENTE CALIDAD DE VIDA: 0 – 15 puntos,

REGULAR CALIDAD DE VIDA: 16-28 puntos

BUENA CALIDAD DE VIDA: 29- 40 puntos.

Dónde: SIEMPRE, equivale a 2 puntos; A VECES, equivale a 1 punto y NUNCA, equivale a 0 puntos. A excepción de los ítems 4, 5 y 6, que tienen un valor de 0, 1 y 2 puntos, respectivamente

## **2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos se procederá de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección con solicitud dirigida al.
- b) Se coordinó con el Jefe del Servicio.
- c) Se aplicó el consentimiento informado a todos los sujetos de estudio, para garantizar el principio bioético (Autonomía) y contar con la autorización.
- d) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 30 minutos, leyendo y aclarando los ítems y dar el tiempo para que marquen sus respuestas.
- e) El cuestionario fue aplicado en el mes de marzo del presente año, en el horario de mañanas de lunes sábado.
- f) Al culminar el recojo de información se usó el software SPSS para el análisis de la información respecto a cada una de las variables de interés de la investigación.

## **2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO**

Para garantizar, los aspectos éticos de la población en estudio se otorgó la seguridad del caso a los adultos mayores hipertensos, a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse de la misma, en caso así lo considere. Así mismo, se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes, así mismo se aplicó los principios éticos señalados en la investigación con seres humanos. Para la obtención de la información, se tomó en cuenta un ambiente de privacidad, planificando como tiempo promedio para aplicar los cuestionarios unos 20 minutos aproximadamentees la "constante y perpetua libertad de dar a cada uno su propio derecho". Por lo que cada dato obtenido fue tomado sin acepciones, teniendo en cuenta un trato igualitario.

## **2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

Los datos recolectados a través de los instrumentos serán procesados de manera automatizada, utilizando el Software SPSS versión 17.0. Luego se realizará la tabulación simple y cruzada. Los resultados se ilustrarán mediante tablas

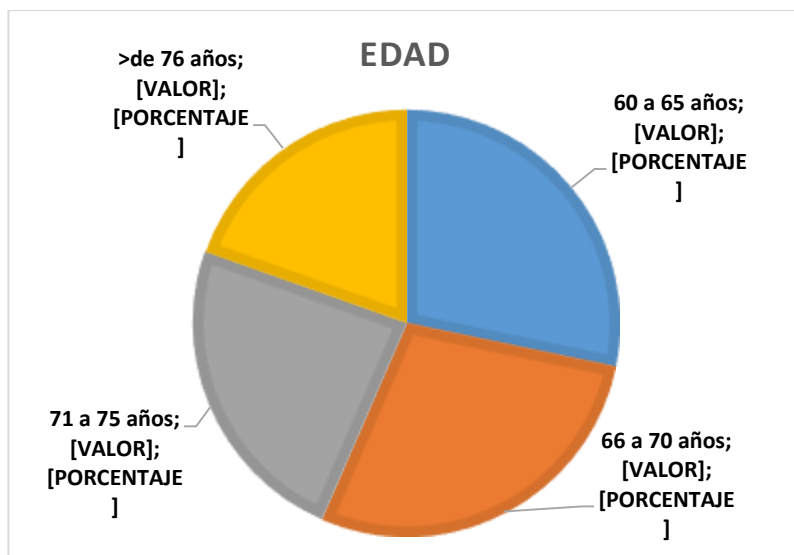
estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. La asociación de datos se logrará aplicando la Prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia estadística mediante la prueba de correlación de Pearson,

### 3. RESULTADOS

**Tabla N° 1 Edad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 a 65 años	13	28.3	28.3
66 a 70 años	13	28.3	56.5
71 a 75años	11	23.9	80.4
> de 76años	9	19.6	100.0
Total	46	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

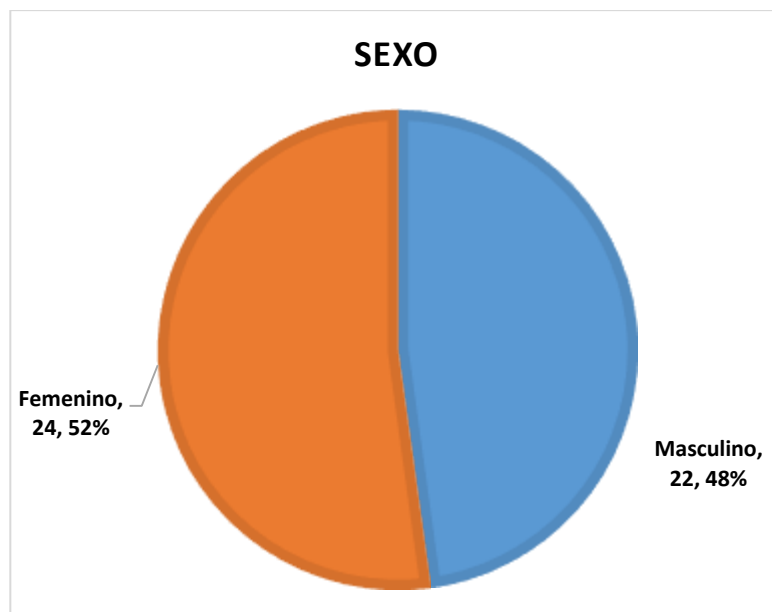


**Gráfico N° 1** Edad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.

**Tabla N° 2** Sexo del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	22	47.8	47.8
Femenino	24	52.2	100.0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

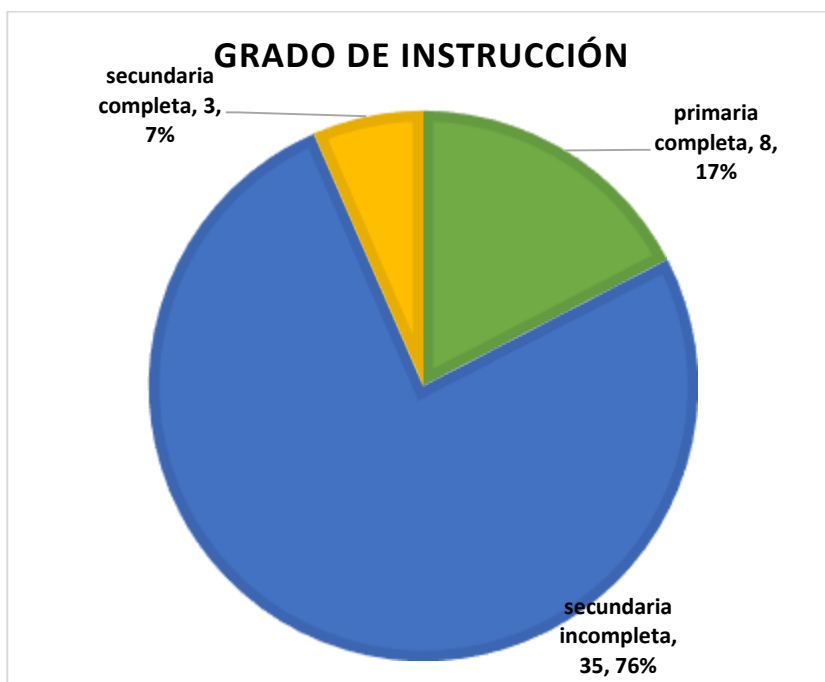


**Gráfico N° 2 Sexo del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 3 Grado de instrucción del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

GRADO INSTRCC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
primaria completa	8	17.4	17.4
secundaria incompleta	35	76.1	93.5
secundaria completa	3	6.5	100.0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



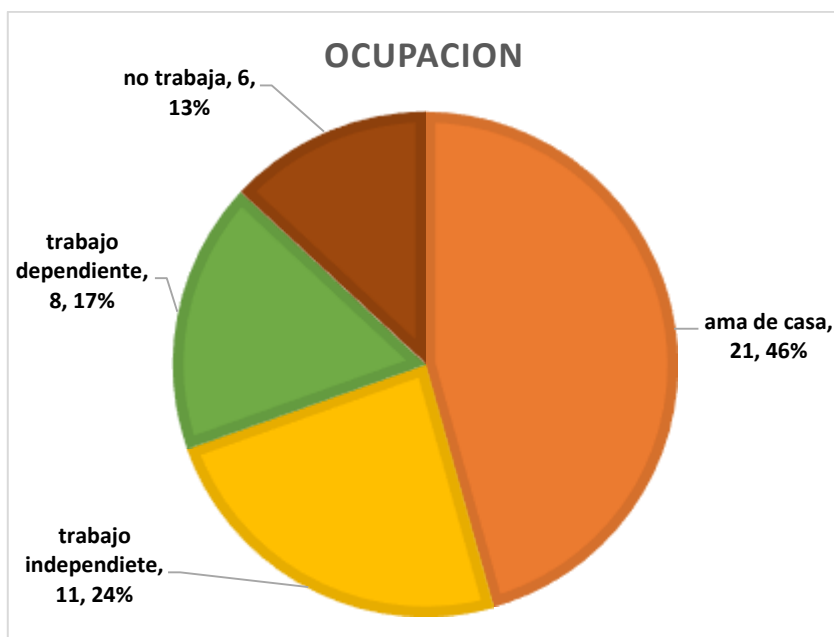
**Gráfico N° 3 Grado de instrucción del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 4 Ocupación del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ama de casa	21	45.7	45.7
trabajo independiente	11	23.9	69.6
trabajo dependiente	8	17.4	87.0
no trabaja	6	13.0	100.0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio





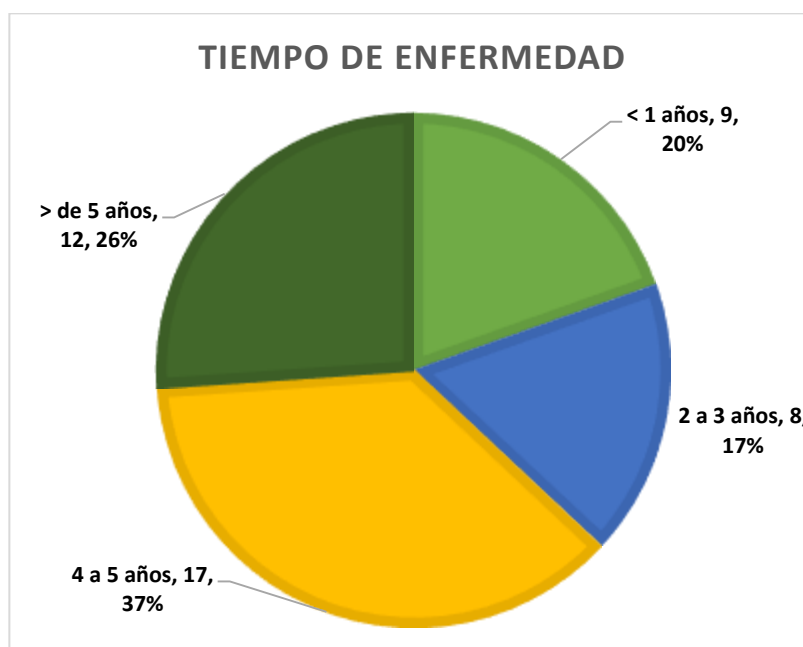
**Grafico N° 4 Ocupación del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 5 Tiempo de enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 1 años	9	19.6	19.6
2 a 3 años	8	17.4	37.0
4 a 5 años	17	37.0	73.9
> de 5 años	12	26.1	100.0

Total	46	100.0
-------	----	-------

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Gráfico N° 5 Tiempo de enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 6 Control de la enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

CONTROL DE LA ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
controlada	38	82.6	82.6
No controlada	8	17.4	100.0
Total	46	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Grafico N° 6 Control de la enfermedad del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N°7 Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

ITEMS	RESPUESTAS						TOTAL	
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1. Considera que su salud, es buena.	22	47,8	22	47,8	2	4,3	46	100,0
2. Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud.	0	0,0	46	100,0	0	0,0	46	100,0
3. Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc.	44	95,7	2	4,3	0	0,0	46	100,0

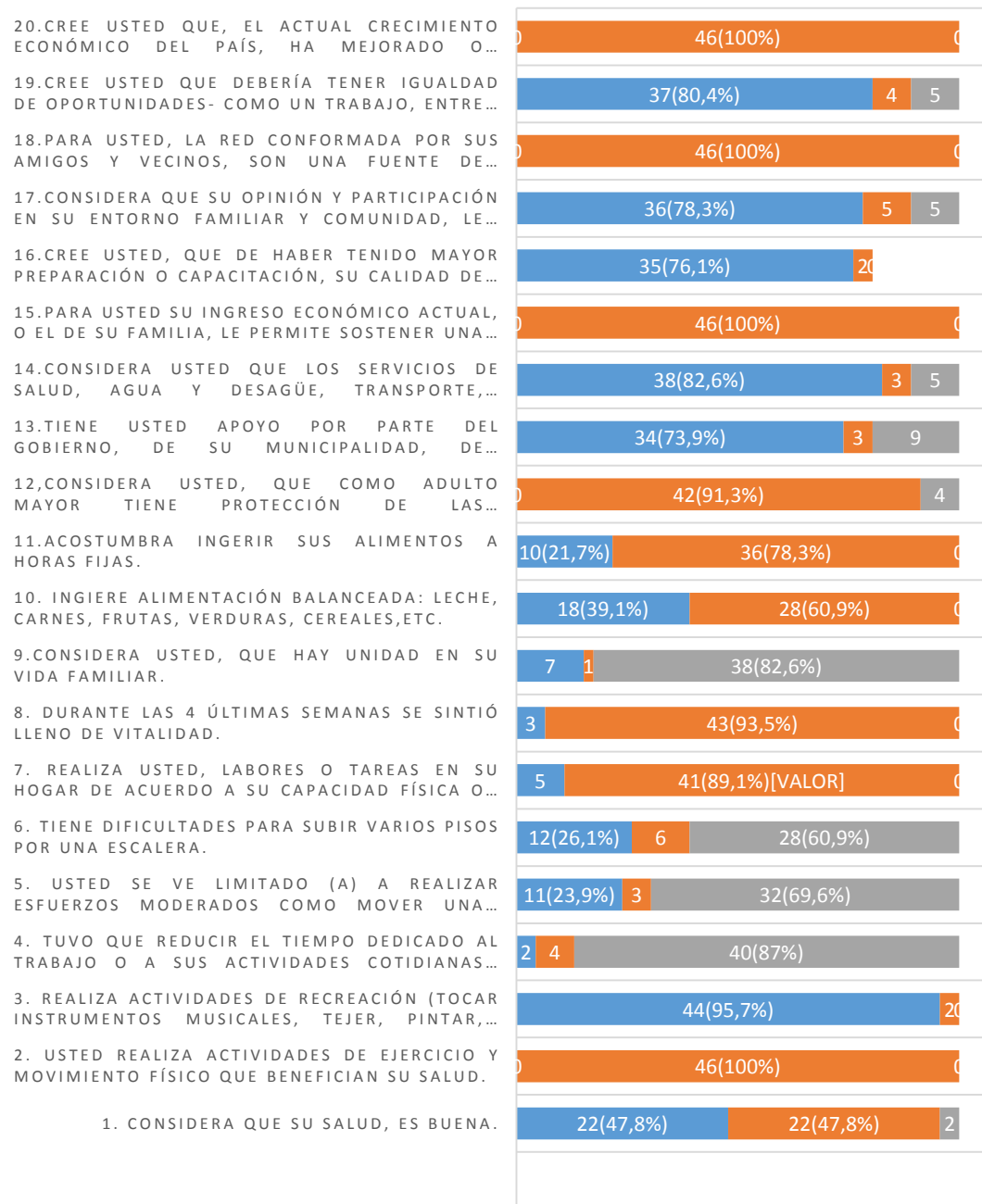
4. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y/o de salud.	2	4,3	4	8,7	40	87,0	46	100,0
5. Usted se ve limitado (a) a realizar esfuerzos moderados como mover una silla, barrer o caminar diariamente.	11	23,9	3	6,5	32	69,6	46	100,0
6. Tiene dificultades para subir varios pisos por una escalera.	12	26,1	6	13,0	28	60,9	46	100,0
7. Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual.	5	10,9	41	89,1	0	0,0	46	100,0
8. Durante las 4 últimas semanas se sintió lleno de vitalidad.	3	6,5	43	93,5	0	0,0	46	100,0
9. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar.	7	2,2	1	15,2	38	82,6	46	100,0
10. ingiere alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales ,etc.	18	39,1	28	60,9	0	0,0	46	100,0
11. Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas.	10	21,7	36	78,3	0	0,0	46	100,0
12. Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales	0	0,0	42	91,3	4	8,7	46	100,0
13. Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida	34	73,9	3	6,5	9	19,5	46	100,0
14. Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida	38	82,6	3	6,5	5	10,9	46	100,0
15. Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida	0	0,0	46	100,0	0	0,0	46	100,0
16. Cree usted, que de haber tenido mayor preparación o capacitación, su calidad de vida sería mejor.	35	76,1	2	4,3	0	19,6	46	100,0
17. Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida.	36	78,3	5	10,9	5	10,9	46	100,0
18. Para usted, la red conformada por sus amigos y vecinos, son una fuente de apoyo importante, para tener una mejor calidad de vida.	0	0,0	46	100,0	0	0,0	46	100,0

19.Cree usted que debería tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida	37	80,4	4	8,7	5	10,9	46	100,0
20.Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida.	0	0,0	46	100,0	0	0,0	46	100,0

---

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

## NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO HIPERTENSO



**Gráfico N° 7 Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N°8 Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	13	28.3	28.3
Regular	33	71.7	100.0
Total	46	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



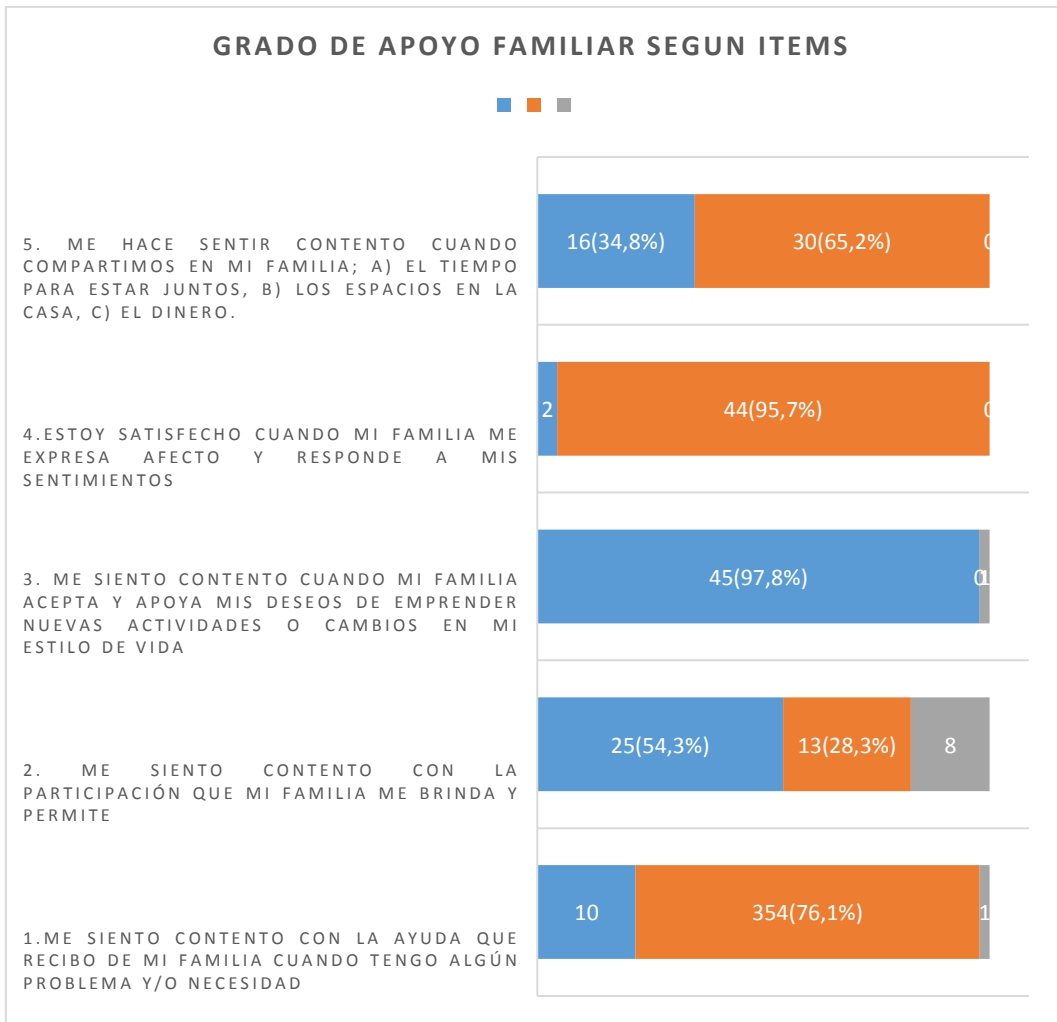
**Gráfico N° 8 Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N°9 Grado de apoyo familiar según ítems en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

ITEMS	RESPUESTAS						TOTAL	
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1.Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	10	21,7	35	76,1	1	2,2	46	100,0
2. Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite	25	54,3	13	28,3	8	17,4	46	100,0
3. Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida	45	97,8	0	0,0	1	2,2	46	100,0
4.Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afecto y responde a mis sentimientos	2	4,3	44	95,7	0	0,0	46	100,0
5. Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.	16	34,8	30	65,2	0	0,0	46	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



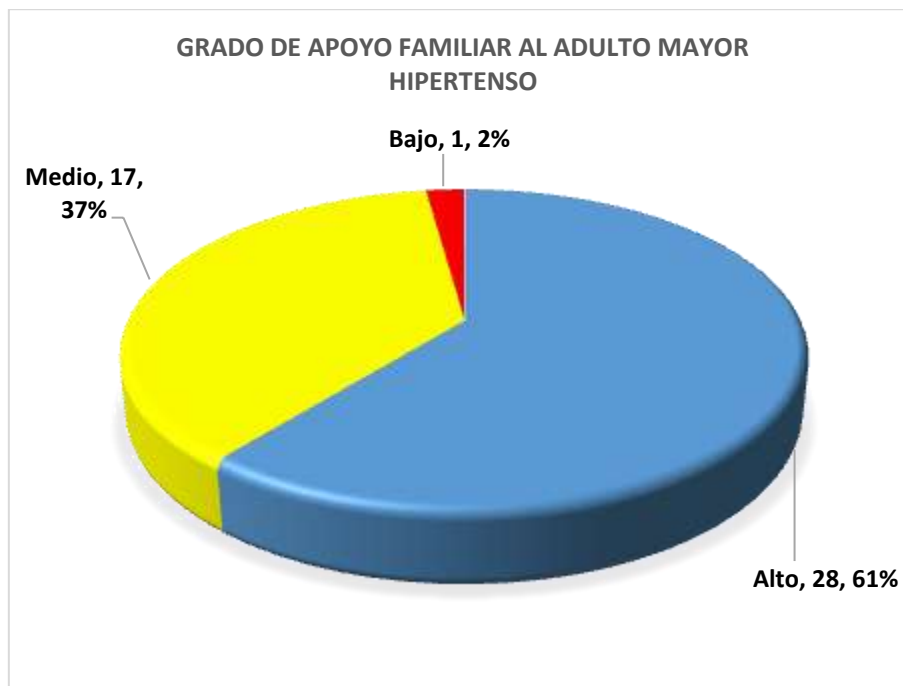


**Gráfico N° 9 Grado de apoyo familiar según ítems en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 10 Grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

Grado de apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	28	60.9	60.9
Medio	17	37.0	97.8
Bajo	1	2.2	100.0
Total	46	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Gráfico N° 10 Grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

**Tabla N° 11 Relación calidad de vida y grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

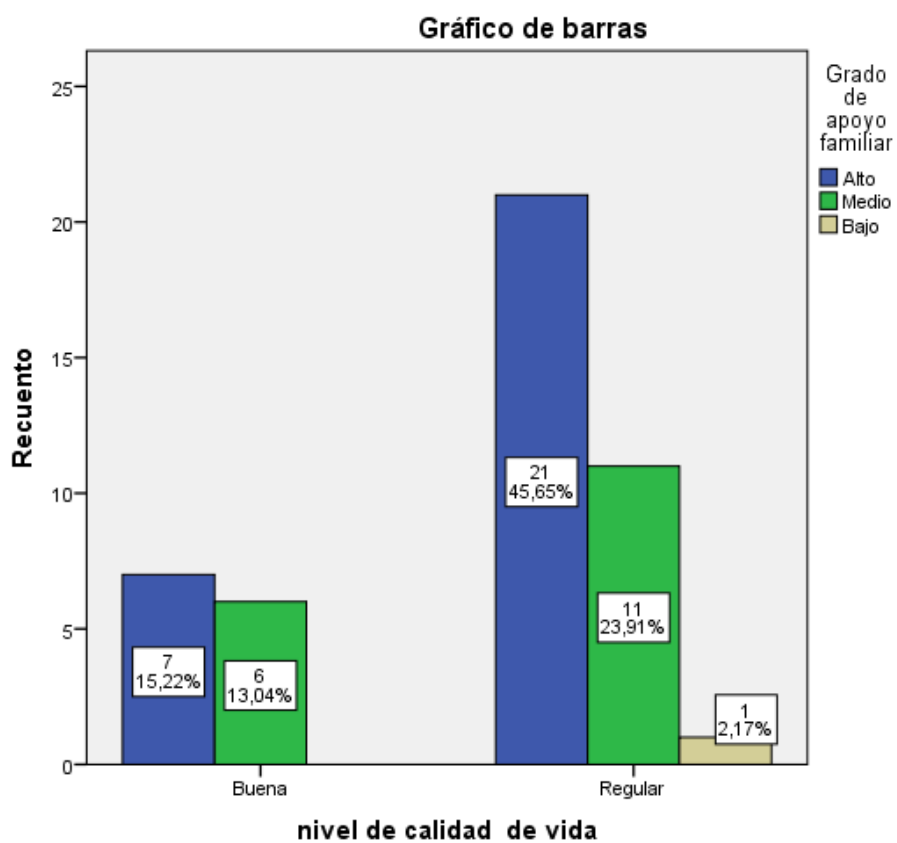
Nivel de calidad de vida	Grado de apoyo familiar			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Buena	7	6	0	13
	15,2%	13,0%	0,0%	28,3%
Regular	21	11	1	33
	45,7%	23,9%	2,2%	71,7%
Total	28	17	1	46
	60,9%	37,0%	2,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,956 <sup>a</sup>	2	,620
Razón de verosimilitud	1,212	2	,546
Asociación lineal por lineal	,146	1	,703
N de casos válidos	46		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,28.



**Gráfico N° 11 Relación calidad de vida y grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura de diciembre 2017 – Abril 2018.**

#### 4. ANALISIS Y DISCUSION

Los datos generales, lo podemos visualizar en las tablas del 1 al 6, referente a edad el 28,3% de 60 a 65 años, el 28,3% de 66 a 70 años, el 23,9% de 71 a 75 años y el 19,6% más de 76 años. En cuanto al sexo el 52,2% es femenino y el 47,8% masculino. Según el grado de instrucción el 76,1% con secundaria completa, el 17,4% primaria completa y el 6,5% secundaria completa. La ocupación el 45,7% son amas de casa, el 23,9% tienen trabajo independiente, el 17,4% tienen trabajo dependiente y el 13% no trabaja. En cuanto al tiempo de enfermedad el 37% entre 4 a 5 años, el 26,1% más de 5 años, el 19,6% menos de un año y el 17,4% entre 2 a 3 años. El 82,6% la enfermedad está controlada y el 17,4% no controlada.

La tabla 7, muestra las respuestas para evaluar la calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura: Para la respuesta siempre a los siguientes ítems: Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc., (95,7%). Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida (82,6%). Cree usted que debería tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida (80,4%). Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida. (78,3%). Cree usted, que, de haber tenido mayor preparación o capacitación, su calidad de vida sería mejor. (76,1%). Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida. (71,9%). A veces: Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud. (100%). Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida (100%). Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida. (100%). Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales. (91,3%). Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual. (89,1%). Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas (78,3%). Y nunca: Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema

emocional y/o de salud (87%). Considera usted, que hay unidad en su vida familiar. (82,6%).

La tabla 8 concluye con la Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura, el 71,7% es regular y el 28,3% buena.

La tabla 9, muestra el grado de apoyo familiar según ítems en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura. Responde siempre a los siguientes ítems: Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida (97,8%). A veces: Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad (76,1%). Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afecto y responde a mis sentimientos.

La tabla 10, muestra el grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura el 60,9% es alto, el 37% medio y el 2,2% bajo.

La tabla 11, no se hace evidente la relación entre el nivel de calidad de vida y el grado de instrucción. Para el grupo con nivel de calidad buena el 15,2 tiene alto grado de apoyo familiar y el 13% medio. Para el grupo con nivel de calidad de vida el 45,7% el grado de apoyo familiar es medio, el 23,9% es medio y el 2,2% bajo, encontrándose que no existe una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida en el adulto mayor hipertenso, demostrándose que la  $X^2 = 0,956^a$  y  $P = 0,620$ .

Los resultados obtenidos en la presente investigación, relacionados a los datos generales, tenemos una población que corresponde al grupo etario adulto mayor, la mayoría tienen entre 60 a 75 años, prima el sexo femenino, con secundaria completa, se desempeñan como amas de casa y trabajos independientes con un tiempo de enfermedad entre 4 a 5 años, controlada. Los autores señalan que en esta etapa de vida, que si bien puede acarrear angustias, problemas físicos, emocionales y económicos, aporta una serie de compensaciones como una mayor y profunda experiencia, una visión y sentido diferente de la vida, pero hay que aceptar la disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad, a enfermedades crónicas que llevan mayor tiempo para la recuperación de la normalidad de un proceso agudo, como en este caso de la hipertensión.

El grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura el 60,9% es alto, el 37% medio y el 2,2% bajo. Estos resultados se asemejan a los de Montoya, J Y Urbina, A. (2011), quien en su trabajo titulado "Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor", quienes al estudiar a 78 usuarios, llegan a la conclusión que el 69,23% de adultos mayores presentaban un alto grado de apoyo familiar; en el adulto mayor. Así mismo Marín, F Y Rodríguez, M. (2007), en su trabajo titulado "Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS)", realizado con 80 personas que tuvieron diagnóstico establecido de HAS, llega a la conclusión que el apoyo familiar que recibían los pacientes fue significativamente mayor en los casos,  $74.1 \pm 7.1$  puntos versus  $52.0 \pm 8.5$  puntos en los controles. Difieren con Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna (2014), en la tesis "Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar. los resultados señalan que, el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Y con González, A. Y Vázquez, Y. (2004) en Cuba, realizaron un estudio descriptivo "Caracterizar la participación familiar y la relación profesionales de la salud y Apoyo Familiar", en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos, concluyendo que existe un deficiente apoyo familiar al hipertenso.

Los resultados arrojan un buen porcentaje de pacientes que reciben apoyo familiar, sin embargo, tenemos un porcentaje considerable (40%) que es medio y bajo. Al respecto se sostiene que el apoyo familiar es considerado la base de las diferentes redes de apoyo social porque la familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos.

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se hace compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. (Fernández, 2003).

Referente a la calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura, el 71,7% es regular y el 28,3% buena. Estos resultados guardan relación con Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna (2014), en la tesis “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar. Donde concluyen que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente. Y con Bustamante, Y Y Espinoza, R. (2007), en su investigación sobre “Influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo – Cajamarca”, en 74 adultos mayores, concluyeron que en el asilo de Cajamarca el 88,2% de los adultos mayores tenían una calidad de vida adecuada y el 67,7% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales; en el asilo de Trujillo el 67,5% de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida adecuada y un 42,5% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales, también evidenciaron que la calidad de vida influye significativamente en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales de los adultos mayores de los Asilos en mención.

El concepto de calidad de vida en el adulto mayor involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, felicidad, autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la salud es la que mayor influencia tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos. El hecho que ellas presenten mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global como de las distintas dimensiones, lleva a pensar en la existencia de otros factores intrínsecos o extrínsecos que van a empeorar la percepción y la puntuación de su calidad de vida, encontrándose situaciones referidas a una mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejoramiento de su calidad de vida, las mismas que deben ser reconocidas y superadas para lograr mayor satisfacción en el cuidado de su salud (Palomba, R.2002). También existe aspectos relacionados de forma negativa con la valoración de la calidad de vida fue el sentirse maltratado y abandonado por sus familiares. Esta situación puede desencadenar sentimientos de infelicidad y frustración en el adulto mayor, siendo perjudicial para su salud, ya que el mantener relaciones de apoyo hacen que la vida del adulto mayor hipertenso sea más placentera y llevadera, ayudándose desde el punto de vista espiritual y afectivo (Durán, 2003).



Considerando las apreciaciones de los autores referidos y los datos obtenidos en el presente estudio podemos aseverar que la realidad familiar, social y económica es independiente pero a la vez influyente en la calidad de vida de las personas, es evidente que, frente a la falta de apoyo por parte de la familia hace al adulto mayor hipertenso más susceptible de disminuir su calidad de vida si es que su cuidado y control de la patología que presenta poniéndolo en mayor riesgo de afectar su esperanza y nivel de calidad de vida.

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la persona y su familia, sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y familia y grupos sociales; creando una relación comprometida y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

Los datos generales, tenemos una población adulto mayor, la mayoría tienen entre 60 a 75 años, prima el sexo femenino, con secundaria completa, se desempeñan como amas de casa y trabajos independientes con un tiempo de enfermedad entre 4 a 5 años, controlada.

La Calidad de vida del adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura, el 71,7% es regular y el 28,3% buena.

El grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso atendido en el Centro de Salud CESAMICA Castilla Piura el 60,9% es alto, el 37% medio y el 2,2% bajo.

Se comprobó que no hay una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida en el adulto mayor hipertenso, demostrándose que la  $X^2 = 0,956^a$  y  $P = 0,620$ .

## **5.2 RECOMENDACIONES**

En el cuidado de enfermería incorporar a la familia como sistema, empoderando el rol de apoyo familiar hacia sus integrantes y la sociedad como soporte de la calidad de vida del adulto mayor.

Difundir y socializar los resultados de la investigación entre el equipo del Establecimiento de Salud a fin de revisar los protocolos de intervención que permitan otorgar cuidado integral a las personas con hipertensión arterial, enfatizando la participación de profesionales de las diversas disciplinas.

***DEDICATORIA***

## ***AGRADECIMIENTO***

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agusti, R. (2006). *Acta Médica Peruana. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú.*

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005) (Accesado 25/02/2018).

Aranda, P. (2011). *Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. España.*

[www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf](http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf) (Accesado 14/02/18).

Aranda, P. (2011). *Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. España. .*

[www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf](http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf) (Accesado 14/02/18).

Blanco, S. y Esteban, F. (2002). *Envejecimiento y Neurodegeneración.* Rev. Neurol.

Bustamante, Y. y Espinoza, R. (2007). *Influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo Cajamarca.* [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego.2007.

Brunner, L. (2002). *Enfermería Médico Quirúrgico.* 9a.ed. México. Ed. MacGraw Hill.

- Chion, T y Rothschild, M. (2007). *Calidad de Vida en el Adulto Mayor: Principales Factores de Medición*. 1a. ed. Perú. Ed. CENTRUM.
- Du Gas, B. (2000). *Tratado de Enfermería Práctica*. 3a. ed. Ed. McGraw Hill Interamericana. México.
- Durán, J; Gallegos, K; López, L y López, M. (2003). *Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos*.
- Ellen E., Padilla, G. (2015). *Autocuidado Del Adulto Mayor Y Su Relación Con El Apoyo Familiar. Centro De Salud Salaverry*".
- González, A. y Vázquez, Y. (2004). *Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial*. Rev. Cubana Mediocentro.
- Germán, C; Sánchez, A y Mazarrasa, L. (2003). *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2a. ed. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. España.
- García, R. (2007). *Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes con Hipertensión Arterial Descompensada* [Monografía para Obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar] Colima, México.
- Gómez, M. y Sabeh, E. (2007). *Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*.  
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> (Accesado 21/03/18).
- Fernández, V. y Ortega, A. (2003). *Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma*. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.
- Herrera, P. (2007) *La Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud* Rev Cubana Med Gen

- Millán, I. (Cuba, 2010). *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad.*
- Montoya, J. y Urbina, A. (2011). *Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor.* Centro del Adulto Mayor. Essalud-Trujillo.
- Marín, F. y Rodríguez, M. (2007). *Apoyo Familiar en el Apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial.* México.  
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf>(Accesado 20/02/18).
- Maya, L. (2006). *Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida.* Costa Rica.  
<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm> (Accesado 22/02/83).
- Mangini, S y Angelo, M. (2008). *Entre la libertad y la reclusión: el Apoyo Social como un componente de la Calidad de Vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente.* Rev Latino Enfermagem. Brasil.
- Ostolaza, K. y Pera, C. (2008). *Apoyo Familiar en el Mantenimiento del Adulto Mayor* [Trabajo de Investigación Bibliográfica para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo.
- Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida: Conceptos y Medidas.*  
[http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1\\_ppt.pdf](http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf)  
(Accesado 12/03/18).
- Peláez, B y Rodríguez, L. (2004). *Vejez y recursos sociales en América Latina.* Humanitas: Humanidades Médicas. Mexico.
- Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna (2014), *“Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar. Trujillo Perú.*



ANEXO  
Y  
APÉNDICE

**ANEXO N°1.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, ..... identificado con DNI N°..... manifiesto mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado “GRADO DE APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. atendido en el C.S.CESAMICA”

El objetivo fundamental de este estudio es conocer el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de vida del Adulto Mayor Hipertenso que asisten al C.M CESAMICA Piura.

Manifiesto, que mi participación consistirá en la determinación del objetivo fundamental antes señalado, mediante una ENCUESTA/ENTREVISTA.

Se me informo que es mi derecho, de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere pertinente, sin que ello afecte la atención médica que pueda recibir en el Centro de Salud.

Se me ofrece, la seguridad de que los datos que se obtengan del estudio, serán manejados en forma confidencial, y serán utilizados únicamente para los fines antes mencionados.

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma dela Responsable  
del Proyecto

## ANEXO N° 2

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Tomado de SMILKSTEIN, G.(1978)

**Instrucciones: Estimado** Adulto (a) Mayor, a continuación se le formula preguntas, y se le solicita sean contestadas con sinceridad. El cuestionario es totalmente ANÓNIMO y la información que usted proporcione será utilizada sólo para el desarrollo de la presente investigación.

MUCHAS GRACIAS.

**Datos de Identificación:**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Soltera (o)	( )	Casada (o)	( )
Divorciada(o)	( )	Conviviente	( )
Viudo	( )	Separado	( )

**Grado de Instrucción:**

Primaria Completa	( )	Primaria incompleta	( )
Secundaria Completa	( )	Secundaria incompleta	( )
Superior Completa	( )	Superiorincompleta	( )
Sin instrucción	( )		

**Tiempo que padece de la hipertensión.** \_\_\_\_\_ Controlada ( ) Descontrolada ( )

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

### APOYO FAMILIAR

	ITEMS	Siempre	A veces	Nunca
1	Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
2	Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite.			
3	Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.			
4	Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afecto y responde a mis sentimientos.			
5	Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.			

### ANEXO N° 3

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIALAUTORA: RODRÍGUEZ,S. (2012)

**Instrucciones:** Marque con un aspa (x) la respuesta que usted considere pertinente. Según su percepción personal frente a lo que se pregunta. GRACIAS!

ÍTEMS	Siempre	A veces	Nunca
1. Considera que su salud, es buena.			
2. Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud.			
3. Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc.			
4. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y/o de salud.			
5. Usted se ve limitado (a) a realizar esfuerzos moderados como mover una silla, barrer o caminar diariamente.			
6. Tiene dificultades para subir varios pisos por una escalera.			

7. Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual.			
8. Durante las 4 últimas semanas se sintió lleno de vitalidad.			
9. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar.			
10. Ingiere alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales,etc.			
11. Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas.			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A Veces</b>	<b>Nunca</b>
12. Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales			
13. Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida.			
14. Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida.			
15. Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida.			
16. Cree usted, que de haber tenido mayor preparación o capacitación, su calidad de vida sería mejor.			
17. Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida.			
18. Para usted, la red conformada por sus amigos y vecinos, son una fuente de apoyo importante, para tener una mejor calidad de vida.			
19. Cree usted que debería tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida.			

20. Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida.			
--	--	--	--